

郵送専用

国民健康保険 資格喪失届 船橋市長あて

※ 太フクの中で関係のある所に記入してください。

記号番号		新 船		旧 船					
届 出 人	《区分》本人／世帯員／その他（ ）								
	フリガナ								
	氏名								
	住所								
個 人 番 号									
電 話 番 号		自 携							
届出日		令和	異動日	令和	一部	全部	社保加入	国組加入	
住所				世帯主					
1月1日の住所		前年							
		本年							
氏 名		生 年 月 日		性	続 柄	個 人 番 号		資格	資格喪失年月日
1		西暦 令 平 昭		男・女				普 主 世 員	令和
2		西暦 令 平 昭		男・女				普 主 世 員	令和
3		西暦 令 平 昭		男・女				普 主 世 員	令和
4		西暦 令 平 昭		男・女				普 主 世 員	令和
5		西暦 令 平 昭		男・女				普 主 世 員	令和
備 考									
・ 社会保険等に参加された場合、社会保険等の資格取得日・認定日以降は資格情報通知書もしくは資格確認書はご使用になれません。ご使用されていた場合、船橋市が支払うことになる医療費（一部負担金を除く）を返還していただく場合があります。社会保険等の資格取得日・認定日以降、新しい資格情報通知書もしくは資格確認書が届く前に医療機関等で受診された方は、速やかに医療機関等へ相談してください。									
・ 紛失等の理由により資格情報通知書もしくは資格確認書を添付できない場合は、発見後速やかに返還してください。									
受 付		入 力		保 険 証 回 収		照 合			
				回 収 ()					
				未 回 収 ()					